



Universidade do Mindelo

Departamento de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELARÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

O Impacto Hospitalar em Pais e Acompanhantes de Crianças Internadas

ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO

Autor: Eliziano dos Santos Cabral

Orientador: Doutora Tereza Andrade

Mindelo, 2019

UNIVERSIDADE DO MINDELO

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E
SOCIAIS**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade do Mindelo como parte de
requisitos para obtenção do grau de Licenciatura
em Psicologia

Discente: Eliziano dos Santos Cabral – nº 3223

Orientador: Doutora Tereza Andrade

Mindelo, 2019

DEDICATÓRIA

É com enorme carinho e amor que dedico este trabalho a minha mãe, Maria de Fátima Santos, ao meu pai, José Cabral e a todos que me ajudaram de uma forma ou de outra durante esses 4 anos de estudo.

AGRADECIMENTOS

Devo agradecer primeiramente a minha mãe e o meu pai pelo esforço e sacrifício que tiveram para me darem o curso.

Agradeço também a minha tia e o meu tio que me acolheram em suas casas durante esses 4 anos ajudando-me a adaptar melhor nessa nova fase da vida.

Um especial agradecimento a minha orientadora Doutora Tereza Andrade pela sua orientação e supervisão das atividades desenvolvidas no decurso do estágio, e aos restantes membros do Serviço de Psicologia do Hospital.

À Universidade do Mindelo e todos os professores que contribuíram com os seus ensinamentos na minha formação, meus agradecimentos.

Agradeço acima de tudo a Deus por ter-me dado vida e saúde para lutar durante esses anos de curso.

A todos um obrigado de coração

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung

RESUMO

Este relatório enquadra-se no âmbito do estágio curricular do 4º ano do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Mindelo. Tem por finalidade descrever todo o processo de estágio, nomeadamente, o histórico da Instituição e a caracterização dos Serviços onde este decorreu, bem como, as atividades realizadas em cada uma das Enfermarias. Posteriormente segue-se os estudos de caso com as avaliações psicológicas, a compreensão do caso, a hipótese diagnóstica e suas propostas de intervenção. Por último encontra-se, a conclusão do relatório.

Palavra Chaves: Estudo de Caso, Avaliação Psicológica, Intervenção, Hipótese Diagnóstica.

ABSTRACT

This report falls within the scope of the curricular internship of the 4th year of the undergraduate course in Clinical and Health Psychology of the University of Mindelo. has the purpose of describing the entire process of internship, namely the history of the institution and the characterization of the services where it took place as well as the activities performed in each of the wards. Later, the case studies are followed with the psychological assessments, the understanding of the case, the diagnostic hypothesis and its intervention proposals. Finally, the conclusion of the report.

Keywords: Case Studies, Psychological Evaluation, Intervention, Diagnostic Hypothesis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I - ATRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO E O SEU CONTEXTO.....	10
Objetivos do Estágio.....	10
1.1 História da Instituição.....	10
1.2 Objetivos da Instituição.....	11
1.3 Princípios de Funcionamento da Instituição.....	11
1.4 Caracterização da Instituição.....	11
1.5 Caracterização dos Serviços de Estágio.....	12
1.5.1 Caracterização do serviço de psicologia.....	12
1.5.1.1 Psicologia hospitalar.....	12
1.5.2 Caracterização da enfermaria de medicina.....	13
1.5.3 Caracterização da enfermaria de pediatria.....	13
1.5.4 Caracterização da enfermaria de cirurgia.....	14
1.6 Atuação nos Serviços.....	14
1.6.1 Intervenção na enfermaria de medicina.....	15
1.6.2 Intervenção na enfermaria de pediatria.....	15
1.6.3 Intervenção na enfermaria de cirurgia.....	16
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASOS.....	17
2.1 Caso da Enfermaria de Pediatria.....	17
Fundamentação Teórica.....	17
Identificação da Paciente.....	19
Descrição das Entrevistas.....	21

Compreensibilidade do Caso.....	23
Hipótese Diagnóstica.....	24
Proposta de Intervenção.....	24
2.2 Caso da Enfermaria de Cirurgia.....	25
Fundamentação Teórica.....	25
Identificação da Paciente.....	27
Descrição das Entrevistas.....	28
Compreensibilidade do Caso.....	30
Hipótese Diagnóstica.....	31
Proposta de Intervenção.....	31
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXO.....	35
APÊNDICE.....	46

INTRODUÇÃO

O presente relatório descreve o processo de estágio curricular realizado no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no âmbito do 4º ano do curso de Psicologia Clínica e da Saúde, ministrada pela Universidade do Mindelo, sob orientação da Doutora Tereza Andrade, Psicóloga no referido Hospital.

Articular teoria e prática, fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação, incentivar a autonomia do estagiário na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à atuação do Psicólogo, diagnosticar, planejar e executar programas e/ou planos de intervenção, foram alguns dos objetivos que nortearam o estágio.

O estágio dividiu-se em três fases, sendo a primeira, a fase de adaptação que consistiu na apresentação do estagiário aos membros da instituição, na leitura de bibliografias e relatórios dos anos anteriores, seguidamente passou-se a assistir às consultas feitas pelas psicólogas e por último a realização de consultas psicológicas autónomas.

Este relatório encontra-se dividido em dois capítulos, em que no primeiro encontra-se uma breve descrição e histórico da Instituição de estágio bem como as atividades realizadas em cada enfermaria. No segundo capítulo, encontra-se a apresentação dos casos clínicos que tive contacto durante o estágio e as suas propostas de intervenção.

CAPÍTULO I – ATRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO E O SEU CONTEXTO

Objetivos do estágio

O estágio teve como principais objetivos:

- Articular teoria e prática,
- Viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas fomentando o processo de aprendizagem e a reflexão científica,
- Fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação,
- Ativar a atitude e a capacidade de investigação científica, com vista ao solucionamento dos problemas enfrentados,
- Incentivar a autonomia do estagiário na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à atuação do psicólogo,
- Diagnosticar, planejar e executar programas e/ou planos de intervenção.

1.1 História da Instituição

A construção do Hospital Dr. Baptista de Sousa iniciou-se em 1880 e a inauguração decorreu dois anos depois 10 de setembro de 1901, embora já funcionasse parcialmente desde 1899. A medida que os anos foram passando, este foi se desenvolvendo e se constituindo para atender a demanda e as necessidades da população.

Posteriormente, em 1933, instala-se um Serviço adaptado da obstetrícia e em 1994 inicia o funcionamento da enfermaria destinada a atender exclusivamente doentes de foro cirúrgico. Os anos foram passando, e foi-se criando outros serviços. Também nessa época já funcionava o laboratório das análises clínicas.

Assim sendo, antes da independência de Cabo Verde tiveram início as obras de remodelação e alardo novo Hospital de São Vicente que só viria a ser inaugurado após a Independência, onde recebeu o referido nome. Nos anos sessenta, com a era tecnológica, surge o gabinete de Eletrocardiografia, em 1967, e o Hospital investe no ensino e formação de profissionais, com a inauguração da escola de enfermagem no ano 1960. Quanto ao Serviço de Saúde

Mental, o interesse por este só se desperta nos anos 80. Atualmente o HBS, é um dos Hospitais Centrais de Cabo Verde e recebe para além das pessoas da ilha, também, a demanda de pessoas das ilhas do Sal, Santo Antão e São Nicolau.

Em novembro de 2014, o Hospital adotou o Sistema de triagem de Manchester nas urgências. Essa triagem consiste numa seleção por prioridade estabelecida a partir de pulseiras coloridas indicando o nível de urgência. Essa abordagem foi autorizada internacionalmente.

1.2 Objetivos da Instituição

Os objetivos do Hospital Dr. Baptista de Sousa, estão expostos no B. O – I série – N°51 da República de Cabo Verde – 19 de dezembro de 2005.

Aos Hospitais Centrais são atribuídos os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consultas externas e atendimento;
- Colaborar no ensino e na investigação científica em diferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internamento, de cursos e estágios para profissionais de Saúde;
- Servir de centro de formação inicial e aperfeiçoamento para quadros de paramédicos.

1.3 Princípios de Funcionamento da Instituição

A direção e a gestão dos Hospitais centrais devem subordinar os seguintes princípios gerais:

- A prestação de cuidados de saúde deve ser pronta e de qualidade, respeitando os direitos dos doentes e apoiar-se numa visão interdisciplinar e global deste;
- O pessoal dos Hospitais Centrais é obrigado ao cumprimento das normas e ética profissional devendo tratar os doentes com o maior respeito possível;
- Os Hospitais Centrais devem pôr em prática uma política de informação que permite aos utentes o conhecimento dos aspetos essenciais do seu funcionamento;
- A atividade dos Hospitais Centrais deve desenvolver-se de acordo com os planos aprovados e com linhas de ação governativas bem definidas.

1.4 Caracterização da Instituição

O Hospital estrutura-se em três Serviços principais: No rés-do-chão encontra-se o Bloco Principal que abrange os Serviços de urgências, a secretaria, a seção de estatística e outros Serviços auxiliares. No 1º piso, a Enfermaria de Medicina e o Sector de Cuidados Intensivos. No 2º andar encontra-se a Enfermaria de Maternidade. No 3º piso encontra-se a Enfermaria de Cirurgia. No Bloco Novo encontra-se os quartos particulares, a farmácia, o laboratório de análises, o Serviço de esterilização, Serviços de fisioterapia, Enfermaria de Pediatria e o banco de sangue. No 1º andar localizam-se um bloco operatório e a Enfermaria de Traumatologia. Na parte designada de Hospital velho localiza-se a biblioteca, uma cantina pública, a escola de enfermagem, a central de consultas, alguns consultórios, os Serviços de curativos, Serviço de Tisiologia, Citologia, Serviço de Nutrição, Serviço de Psicologia e Serviço de Saúde Mental.

1.5 Caracterização dos serviços de estágio

O estágio decorreu no Serviço de Psicologia. Esta funciona sobre duas vertentes: a vertente hospitalar, que consiste na distribuição das Psicólogas pelas diferentes Enfermarias do Hospital, tem a vertente do seguimento aos pacientes pós-alta. Fez-se o estágio nas Enfermarias de Medicina, Pediatria e Cirurgia, pelo que se segue com uma pequena descrição dessas Enfermarias.

1.5.1 Caracterização do serviço de psicologia

O Serviço de Psicologia situa-se na antiga escola de enfermagem Hugo de Barros. Quanto ao corpo técnico este Serviço é constituído por 5 Psicólogas, sendo uma delas a coordenadora do Serviço.

Com a criação do seu próprio espaço em 2017 na antiga escola de enfermagem, este Serviço deixou de funcionar na área do Serviço de Saúde Mental. Atualmente o Serviço funciona sobre o modelo de Psicologia Hospitalar.

1.5.1.1 Psicologia Hospitalar

Este modelo trata do suporte ao paciente em estágio de adoecimento, que tenta promover maior segurança e conforto ao sujeito que está enfrentando essa fase com grande dificuldade. Oferecendo um apoio completo ao paciente que enfrenta dificuldades de superar sua situação e seguir em frente, rumo à recuperação, a psicologia hospitalar faz um trabalho impecável

na saúde mental do paciente e da expectativa motivacional do mesmo, independentemente da gravidade de seu quadro de saúde (Barbosa, 2013).

Entre uma equipe multidisciplinar que trabalha com esse tipo de situação, o psicólogo é o responsável por escutar e acolher o sofrimento dos pacientes, analisando as principais dificuldades encontradas pelo mesmo em sua trajetória no hospital e dando novo significado ao paciente (Barbosa, 2013).

Dando voz ao paciente, seu principal instrumento de trabalho nestes casos é a escuta, que tem como objetivo encontrar o enfoque do sofrimento psíquico do paciente em adoecimento e minimizar seu sofrimento. No hospital, as atividades do psicólogo caminham entre atendimentos psicoterapêuticos, psicoterapias de grupo, profilaxias e psicoeducação geral, atendimentos em ambulatórios, enfermarias e UTI, avaliações diagnósticas, psicodiagnósticos, consultorias e interconsultas, atuações em equipes multidisciplinar de foco à saúde mental, entre outras (Barbosa, 2013).

1.5.2 Caracterização da enfermaria de medicina

A nível da estrutura, este Serviço é constituído pelo Serviço Administrativo, uma sala de reuniões, um refeitório, um gabinete do médico diretor do Serviço de Medicina, entre outros. São cinco salas de internamento de pacientes, com uma média de sete leitos em cada uma.

No que diz respeito aos Recursos Humanos, a Enfermaria dispõe de doze médicos, uma psicóloga, doze enfermeiros, sendo um deles a enfermeira chefe do Serviço, uma assistente administrativo e cinco auxiliares de serviços gerais. As patologias mais comuns nesta Enfermaria são Abstinência alcoólica, Hipertensão Arterial, AVC, Diabetes, VIH, Pneumonia, Diarreia, Infecções Respiratórias, Tuberculose entre outros.

1.5.3 Caracterização da enfermaria de pediatria

O serviço de pediatria é constituído por uma sala de reuniões, cinco salas, uma para a observação de crianças, duas para infeções respiratórias e outras duas dirigidas a situações de isolamento. Na parte traseira da enfermaria encontram-se, um refeitório, um espaço para as acompanhantes das crianças dormirem, mais a traz encontra-se duas pequenas salas e um espaço, onde uma das salas é de ludo terapia onde a psicóloga faz atendimento as crianças, e a outra para atendimento às acompanhantes, o espaço é destinado para atividades de grupo com as crianças assim como grupos com as mães. A outra parte do serviço de pediatria é o

banco de urgência composto por dois pequenos consultórios, uma sala de triagem, e uma sala de espera. Relativamente à equipe técnica o serviço dispõe de sete pediatras, uma psicóloga, um fonoaudiólogo, cinco enfermeiros de turno, uma enfermeira chefe, uma educadora de infância, quatro ajudantes dos serviços gerais e uma copeira.

1.5.4 Caracterização da Enfermaria de Cirurgia

Esta enfermaria contém cinco (5) salas com uma média de sete (7) leitos cada. Tem uma sala com dois leitos destinado a pacientes com queimaduras, uma sala de isolamento para pacientes em situações graves, um gabinete para enfermeiros, uma sala de preparação dos medicamentos, outra sala onde guardam os medicamentos, um gabinete do diretor do Serviço, um gabinete administrativo, uma sala onde guardam os utensílios de limpeza, um quarto para os ajudantes dos serviços gerais, uma sala de médicos onde fazem as reuniões, um refeitório e uma copa.

A equipa técnica é constituída por onze (11) médicos, uma (1) psicóloga, dispõe de quinze (15) enfermeiros e seis (6) ajudantes dos serviços gerais. As patologias mais comuns nessa enfermaria costumam ser: pé-diabético, tumores, hérnia, apendicite, etc,

1.6 Atuação nos Serviços

As atividades realizadas nas Enfermarias, nos permite relacionar com técnicos de diferentes áreas de saúde e com pacientes diferentes, proporcionando assim ao estagiário a aquisição de mais experiência e conhecimento:

Participou-se como observador nos atendimentos das psicólogas nas Enfermarias referidas acima, no sentido de:

- ter mais conhecimento da prática clínica psicológica
- obter mais experiência no manejo dos casos
- esclarecimento de dúvidas relativamente aos mesmos

Realizou-se nas Enfermarias uma abordagem inicial aos pacientes no sentido de perceber e sensibilizá-los quanto a um possível apoio psicológico. Também se participou das visitas médicas realizadas nas Enfermarias.

Período de adaptação

Esse período foi importante para conhecermos a dinâmica da instituição e principalmente dos serviços onde íamos atuar e também conhecer os técnicos com quem iríamos trabalhar. Foi um período de observação, contacto com os profissionais dos diferentes serviços como psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeiros, serventes, etc. Fomos bem acolhidos pela equipa dos psicólogos.

Para além do conhecimento dos serviços e do corpo técnico, essa fase consistiu também na leitura dos relatórios dos estagiários dos anos anteriores, leitura de bibliografias indicadas pela nossa orientadora e também assistência ao exame psíquico feito pelos psiquiatras aos pacientes internados no serviço de saúde mental.

1.6.1 Intervenção na Enfermaria de Medicina

Nesta enfermaria assistia-se á visita médica todas as terças feiras, onde uma equipa multidisciplinar, reunia-se numa sala e fazia a apresentação e discussão de todos os casos clínicos da enfermaria, de seguida passavam a visita cama a cama apresentando os pacientes e as suas eventuais patologias. Nos outros dias da semana realizávamos visitas a todos os pacientes internados no serviço, cama a cama, conversando com eles para detetar casos que necessitavam de apoio psicológico. Depois esses pacientes eram atendidos numa pequena sala na Enfermaria, resguardando assim a privacidade dos mesmos, embora havia casos em que os pacientes não se encontravam em condições físicas para deslocarem-se até a sala, então o atendimento era feito no leito.

Os casos mais comuns na enfermaria são: abstinência, diabetes, hipertensão arterial, insuficiência respiratória, tuberculose, etc. Na maioria das vezes fazia o aconselhamento e orientação psicológica no sentido de promover a adesão ao tratamento, visto que na maioria dos casos, os pacientes eram diagnosticados com a patologia a longos anos, mas não aderiam ao tratamento.

1.6.2 Intervenção na Enfermaria de Pediatria

No Serviço de Pediatria as atividades foram feitas com as crianças que se encontravam internadas no Serviço e também com as suas acompanhantes. Fez-se atividades como, prestar apoio psicológico às mães ou acompanhantes, atendimento individual às crianças na sala de ludo terapia, também fez-se atividades em grupo com as crianças, como, pinturas,

dobragens, desenhos, leitura de contos, desenho animados, essas atividades tiveram como finalidade reduzir o impacto do internamento e proporcionar interação entre as mesmas.

Elaborou-se grupos com as acompanhantes, com o objetivo de partilharem as suas experiências e preocupações e oferecer-lhes orientações. Todas as semanas fazíamos visita cama a cama com o objetivo de conhecer as crianças e as suas acompanhantes para saber o motivo de internamento dos mesmos.

Nesta enfermaria fez-se atendimento a acompanhantes de crianças vítimas de maus tratos, violação, tumores, problemas respiratórios e óbitos. Também fez atendimento a crianças através do ludo terapia, em casos de diabetes, dificuldade de aprendizagem, entre outros.

1.6.3 Intervenção na Enfermaria de Cirurgia

Nesta enfermaria, as atividades realizadas foram, visita aos pacientes internados com o intuito de ouvir as preocupações dos mesmos e identificar os casos que precisavam de acompanhamento psicológico. Posteriormente prestava-se apoio psicológico a esses pacientes, muitas vezes também, a enfermeira chefe nos apresentava alguns casos que necessitavam de acompanhamento psicológico. Todas as sextas feiras assistia a visita médica da enfermaria, que consiste, na apresentação e discussão de todos os casos da enfermaria e depois segue-se a visita cama a cama a todos os pacientes, onde os seus médicos falam das suas patologias.

Os casos atendidos nesta enfermaria, foram: amputação de membros, pacientes com doenças em fase terminal, vítimas de agressão física, acidentes de viação, má circulação, entre outros.

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO

Neste capítulo encontra-se descrito os dois casos clínicos em que se conseguiu fazer todo o processo de avaliação, tendo chegado em uma hipótese diagnóstica.

Os casos clínicos que não foram concluídos a avaliação psicológica por desistência dos pacientes, ou por não regressarem para as consultas de seguimento pós-alta, encontram-se descritos (em anexo) as entrevistas feitas com esses pacientes.

É de frisar que muitas vezes não se consegue fazer uma avaliação psicológica profunda de um caso dada a demanda da Instituição, onde os pacientes são internados com uma patologia orgânica e assim que estes apresentarem melhorias, vão de alta o que acaba por dificultar o processo de avaliação. Também outros pacientes não retornam para as consultas de seguimento pós-alta.

2.1 Caso da Enfermaria de Pediatria

Fundamentação teórica

Stress

Segundo Bennett (2002), no início da década de 80, Lazarus começou a desenvolver um dos modelos de *stress* mais coerentes. Este modelo descreveu os antecedentes das emoções negativas associadas com o stress e as estratégias que usamos para as reduzir. Face a exigências do meio, envolvemo-nos em dois tipos de avaliação; primeiramente identificamos a possível ameaça que a situação encerra; se a situação for considerada ameaçadora, um segundo processo avaliativo ocorre, em que se considera se somos capazes de enfrentar a situação. É precisamente se considerarmos que a situação é potencialmente ameaçadora e que não dispomos dos recursos necessários para a confrontar de modo eficaz que experienciaremos algum grau de stress Lazarus e Folkman (cit, in Bennett 2002 p. 44).

Stress é uma reação do organismo que ocorre quando ele precisa lidar com situações que exijam um grande esforço emocional para serem superadas. Quanto mais a situação durar ou quanto mais grave ela for mais estressada a pessoa pode ficar (Emmanuel, 2013).

Segundo Emmanuel (2013), o *stress* pode ser positivo: é o stress em sua fase inicial, a do alerta. O organismo produz adrenalina que dá animo, vigor e energia fazendo a pessoa produzir mais e ser mais criativa; *stress* negativo: é o stress em excesso. Ocorre quando a pessoa ultrapassa seus limites e esgota sua capacidade de adaptação. O organismo fica destituído de nutrientes e a energia mental fica reduzida. A produtividade e a capacidade de trabalho ficam muito prejudicadas. A qualidade de vida sofre danos.

Sinais de Stress

Segundo Paul e Fonseca (2001), o stress surge a volta de sinais:

- **Cognitivos:** o indivíduo apresenta fraca concentração, distrações, esquecimentos, pensamentos negativos, sentimentos de desânimo e injustiça.
- **Emocionais:** em que o indivíduo se manifesta tenso, irritável, apresenta sentimentos negativos, fragilidade emotiva, choro com episódios de ansiedade e depressão.
- **Físicos:** o indivíduo tem dificuldades de relaxar, apresenta cefaleias, fadiga, perda e ganho de peso rapidamente.
- **Comportamentais:** torna-se negligente consigo mesmo, tem perda ou excesso de apetite, ineficácia crescente e sensação de afastamento.
- **Relacionais:** o indivíduo perde a capacidade para lidar com as necessidades e exigências das outras pessoas, torna-se impaciente e intolerante procurando evitar companhia.

Reação Aguda ao Stress

Transtorno transitório de gravidade significativa, o qual se desenvolve em um indivíduo sem qualquer outro transtorno mental em resposta a excecional stress físico e ou mental. (CID-10). O stressor pode ser uma experiência traumática e esmagadora envolvendo séria ameaça à segurança ou integridade do paciente ou de pessoa (as) amada (as) ou uma mudança inusualmente súbita e ameaçadora na posição social, e ou nas relações do individuo. O risco de esse transtorno se desenvolver é aumentado se exaustão física ou fatores orgânicos estão também presentes (CID-10). A vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação desempenham um papel na ocorrência e gravidade das reações agudas a estresse.

O Impacto Hospitalar em Acompanhantes de Crianças Internadas

A internação hospitalar da criança apresenta-se como uma fonte de estresse para ela e sua família podendo fazer com que esta fique emocionalmente traumatizada. Neste sentido não se pode pensar em hospitalização da criança desvinculando a família deste processo (Gomes,2012).

O hospital representa para a criança um ambiente desconhecido, restrito de possibilidades de atividades como o brincar, sendo um lugar muitas vezes de solidão, tristeza, saudade de casa, dos familiares, dos amigos e colegas. Nesse contexto, o familiar cuidador, também, pode passar por momentos de angústia apresentando sentimentos de culpa e perda (Gomes,2012).

Identificação da paciente

Nome: L.P.F

Idade: 28

Sexo: Feminino

Escolaridade: 6º ano

Profissão: Doméstica

Moradia: Madeiral

Estado Civil: Solteira

Motivo da Consulta:

A filha da paciente, de um ano e três meses de idade, foi diagnosticada com um tumor na costa e estavam á espera para serem evacuados para Portugal, a paciente estava muito angustiada e preocupada com o estado da filha.

Demanda:

A demanda foi feita pela pediatra do serviço.

História de Vida

L.P.F de 28 anos de idade é a 8ª filha numa fratria de 10 irmãs. Ela vivia com os pais em Madeiral, mas há 2 meses que ela vive com a irmã na cidade. É doméstica, estudou até 6º ano. A paciente diz ter vivido uma boa infância e adolescência, tinha um bom relacionamento

com os pais e as irmãs. L.P.F começou a namorar o pai do seu primeiro filho aos 17 anos, este nasceu aos 19 anos de idade da mesma. No entanto este mesmo filho veio a falecer aos 14 meses de idade.

Atualmente a paciente tem dois filhos, um rapaz de 5 anos e uma menina de 1 ano e 3 meses de idade. Três anos após a morte do filho, a paciente engravidou-se do segundo filho.

Nesta sequência remete á morte do primeiro filho salientando que foi o momento mais difícil da sua vida. Alegando também que havia perdido o seu pai, vítima de uma explosão, três meses antes da consulta. E com muita angústia diz que agora era a filha que se encontrava internada com um tumor na costa.

A paciente manteve o namoro com o pai do seu primeiro filho até aos 25 anos, dizendo que depois ela conheceu uma outra pessoa, que é o pai da sua filha mais nova.

Técnicas Utilizadas no Caso

Durante o processo de avaliação, foram utilizados como técnicas psicológicas: a entrevista clínica e a observação, sendo os instrumentos fundamentais no método clínico, porque permitem a obtenção mais profunda de informações sobre a problemática da paciente, facilitando uma melhor compreensão do caso.

Descrição das Técnicas

Observação Clínica: Ferreira e Mousquer (2004), definem a observação clínica como um instrumento de coleta de informações acerca do processo psicoterapêutico, fornece elementos que sejam indicativos de psicopatologia ou não, como posturas e comportamentos. Permite também verificar as respostas verbais dadas ao entrevistador (quando for o caso), confrontando estas com as constatadas pela observação.

Entrevista Clínica: utilizada para levantar dados da vida do sujeito. “Praticada por psicólogos de qualquer orientação teórica, a psicoterapia de apoio, decorre diretamente da existência de entrevistas psicológicas do tipo clínico” (Leal, 2010, p. 10).

Segundo Leal (2010), esses são algumas técnicas específicas da entrevista clínica:

- O questionamento, em que as perguntas pretendem aumentar a informação do entrevistador sobre o entrevistado, ou pelo menos reduzir os seus níveis de incerteza.

- A reflexão que tem uma ideia central a de fazer compreender ao entrevistado que não só se percebe o que ele comunica como se está a pensar no assunto.
- A clarificação que é a técnica que se usa para tornar mais claro o que foi dito anteriormente.
- A exploração que se apoia frequentemente numa forma interrogativa, destina-se a investigar áreas da vida, dos pensamentos ou dos sentimentos do entrevistado que são relevantes.

Descrição das Entrevistas

1ª Entrevista (15/11/2017)

A primeira entrevista foi feita pela psicóloga do serviço e eu estava assistindo, depois fiquei com o caso.

Primeiramente fizemos a nossa apresentação, a paciente apresentou-se também.

Questionada sobre o que estava acontecendo, ela ficou em silêncio e cabisbaixa por um bom tempo. Depois com muita angústia e em lágrimas ela começou a falar da sua filha que foi diagnosticada com um tumor na costa, e estavam á espera para serem evacuados para Portugal.

Nesse momento foi-lhe dito que era compreensível a sua angústia, mas a evacuação era devida á falta de equipamentos do hospital aqui em São Vicente para fazerem o procedimento cirúrgico.

Questionada como se sentia, ela alega que estava sendo difícil, pois, fica pensando no pior e que não quer perder um outro filho. Questionada se já havia tido alguma perda, a paciente desata a chorar alegando que teve um filho que faleceu com um ano e dois meses de vida. Perguntamos-lhe se queria falar do ocorrido. L.P diz que o seu pai levantava cedo para cuidar dos animais e do regadio e o seu filho tinha o hábito de levantar e ir ter junto do avo, quando este ia sair para o regadio, chamava-lhe para cuidar do menino, mas um dia ela descuidou-se e acabou dormindo, quando o pai voltou para casa encontrou a criança sem vida, caído dentro de um recipiente com água que estava no quintal. Segundo ela, estava sendo difícil, pois havia três meses que o seu pai tinha falecido.

Seguidamente foi explorado mais sobre a doença da criança. A paciente diz que a filha foi operada uma vez e o médico lhe disse que era um quisto, mas uma semana depois voltaram

para o hospital porque a filha estava com dores e o local da lesão estava inflamando, fizeram-lhe novos exames e concluíram que era um tumor.

Chegando ao fim da sessão dissemos a paciente que voltaríamos a falar no dia seguinte e que do momento desejávamos-lhe toda força, desejamos-lhe continuação de um bom dia e melhoras para sua filha.

2ª Entrevista (17/11/2017)

Essa entrevista foi feita no quarto onde estava a paciente junto da sua filha, pois, estava á espera duma chamada sobre a evacuação, então durou pouco tempo.

Questionada como se sentia, a paciente alega estar preocupada com a filha e muito ansiosa pela espera do passaporte. Seguidamente perguntei a paciente se estava dormindo e comendo bem, ela diz não ter vontade de comer e que ficava quase toda noite acordada porque a filha fica muitas vezes chorando e também ela fica pensando em muitas coisas que a não deixa dormir, questionei-lhe sobre “essas coisas” e ela disse que fica pensando “se correr tudo mal, se demorarem para lhes evacuarem, e se perder a filha.” Foi-lhe dito algumas palavras de encorajamento, ela disse que estava sendo difícil, disse-lhe que era compreensível a sua situação, mas ela devia ser forte e seguir em frente.

Nesse momento ela recebeu a chamada, então teve de terminar a entrevista, marcamos a nova entrevista para o dia seguinte. Desejei melhoras para sua filha e forças para ela.

3ª Entrevista 20/11/2017

Depois de nos cumprimentarmos questionei-a como tinha passado o dia e como se sentia, ela disse que estava bastante preocupada porque os médicos tinham-lhe dado uma notícia nada boa, pois o tumor estava evoluindo rapidamente e que a evacuação tinha de ser o mais urgente possível. Foi sugerido a paciente que tentasse distrair um pouco conversando com os colegas de quarto, ou então ver algum filme ou série e assim poder reunir forças para seguir em frente.

Depois L.P remete a morte do seu filho, alegando que o pai do seu filho a culpabiliza pela morte do menino. Segundo ela, quando viviam juntos, ele não a culpabilizava, mas terminaram o relacionamento e ele começou a lhe atribuir a culpa pelo ocorrido.

Ela alega que ainda sofre com a perda, lhe disse que era compreensível, mas ela deveria ficar com as boas recordações que teve com o filho para poder seguir em frente com força porque havia uma outra criança que estava precisando muito do seu apoio.

Seguidamente foi recolhido alguns dados da história de vida da paciente.

Por último a paciente fala do seu pai que faleceu vítima de uma explosão três meses antes da entrevista.

Não havendo mais preocupações por parte da paciente terminamos a sessão, desejei melhoras para sua filha e continuação de um bom dia para ela.

4ª Entrevista (22/11/2017)

Depois de nos cumprimentarmos perguntei-lhe como estava a sua filha, ela disse que estava mais bem-disposta, o que a deixou um pouco feliz.

A paciente mostrou algum receio, porque era a primeira vez que ia viajar para Portugal, disse-lhe que não deveria preocupar porque sempre quando um paciente é evacuado o hospital manda um acompanhante junto. Depois perguntei a paciente se tinha algum familiar que vive em Portugal, ela responde que sim, foi-lhe sugerido que entrasse em contacto com os familiares e dizer-lhes do ocorrido.

Questionada se havia mais alguma preocupação, ela responde que é devido ao facto de deixar o outro filho aqui em São Vicente com a avó, disse-lhe que era compreensível a sua preocupação, mas havia uma outra filha que estava precisando mais dos seus cuidados naquele momento.

Terminamos a sessão, desejei bom dia a paciente e melhoras para sua filha, lhe disse que esperava que viajassem o mais breve possível, mas eu estaria ali para a ajudar enquanto permanecerem no hospital.

Compreensão do caso

Com base nas informações recolhidas, constata-se que a paciente se encontra numa situação de vulnerabilidade ao stress (doença e internamento da filha, o tempo de espera da evacuação para o exterior, dúvidas relativamente a situação diagnóstica da filha, etc). Portanto tudo isso gera um grande sofrimento psíquico.

De momento a paciente encontra-se fragilizada, com estratégias de coping negativos (irritação, choro, ansiedade) para lidar com o problema. Certamente a situação terá sido avaliada cognitivamente como ameaçadora. Assim, para Lazarus e Folkman (citado por Bennett, 2002 p.44) é precisamente, quando, consideramos que a situação é potencialmente ameaçadora e que não dispomos dos recursos necessários para a confrontar de modo eficaz que experienciaremos algum grau de stress.

A situação em que se encontra a filha da paciente fez com que ela relembresse um acontecimento do passado no qual um outro filho faleceu com a mesma idade que esta. O que despoleta na paciente pensamentos negativos de perda associada a angústia de morte, depressividade, sentimentos de culpabilidade, ansiedade, etc.

Dada as circunstâncias do falecimento desse filho, percebe-se que a paciente vivencia um grande sentimento de culpa associado ao pensamento negativo de ter negligenciado o filho.

Outra situação a ter em conta é o fato da paciente estar á espera da evacuação para o exterior, deslocar para um lugar novo e desconhecido, situação geradora de ansiedade.

Outro dado importante que acentua fragilidade e vulnerabilidade da paciente é o falecimento do pai, havendo apenas três meses, pois este era sentido como o suporte da família.

Tendo em conta os dados clínicos referenciados mais acima aponta-nos para uma **Hipótese Diagnóstica de Reação Aguda ao Stress, (F43.0)** segundo a CID-10.

Proposta de Intervenção

Com base nos dados da avaliação psicológica, proponho a utilização da psicoterapia de apoio breve baseada na utilização de técnicas cognitivo-comportamental.

A psicoterapia de apoio breve, corresponde à intervenção tipo que se pratica com sujeitos normalmente bem adaptados que, mercê de circunstâncias inabituais, se encontram temporariamente impossibilitados de utilizar os recursos internos e externos que lhes são familiares (Leal, 2010).

Pretende utilizar:

- **Psicoeducação:** baseia na explicação de questões importantes do tratamento psicológico ao paciente, trata tanto de dados sobre o diagnóstico quanto de

explicações sobre as atividades que são utilizadas durante as sessões. – Informar ao paciente sobre o problema.

- **Estabilização dos sintomas:** redução da ansiedade e compreensão dos sintomas. – Ajudar a paciente a compreender as emoções e os sintomas derivados da situação.
- **Registro dos pensamentos disfuncionais:** identificar os pensamentos disfuncionais resultantes do problema, questioná-los e substituí-los por pensamentos mais adaptativos. – Levar o paciente a fazer o registro dos pensamentos disfuncionais que surgem perante o problema e ajudá-lo a substituí-los por pensamentos mais adaptativos.
- Treinamento de algumas **técnicas de relaxamento.** - Ajudar a paciente a ter maior autocontrole em situações críticas.
- **Enfrentamento do stress:** potencializar a paciente de estratégias de enfrentamento alternativos perante a situação causadora de stress, diminuindo assim a sobrecarga.

2.2 Caso da Enfermaria de Cirurgia

Fundamentação teórica

O Impacto Psicológico da Amputação

“A doença e a amputação de partes do corpo confrontam o homem com suas forças destrutivas, trazendo à tona ideias de morte, desintegração, impotência, culpa e punição. A abordagem médico-psicológica no pré-operatório vem de encontro à necessidade de ser atendido, compreendido, estimulado e, principalmente de oferecer a quem possa compartilhar a esperança de reparação e integração.” (Pinheiro, 2003, citado por. Schwanz, 2011, p.1).

Os pacientes que realizam a amputação entram no hospital sentindo-se uma pessoa normal, e após a cirurgia se consideram inválidos. Contudo, o paciente deve entender a amputação como uma nova fase e não como o fim da vida. Aqueles que vêm sofrendo um processo mórbido que causa incapacidade e dor há algum tempo, frequentemente aceitam a amputação como uma solução para seu sofrimento; o contrário ocorre com os indivíduos que perdem o membro ou parte dele em decorrência de acidentes de causa traumática (Schwanz, 2011).

Relação entre Amputação e Depressão

Amputação consiste na retirada de um membro, total ou parcialmente, por cirurgia ou trauma. As causas mais comuns de amputações podem ser, vascular (75% em membros inferiores), seguida por traumas (20%) e tumores (5%). Após a amputação, o paciente geralmente passa por uma série de reações emocionais. Das quais, as mais comuns, pacientes amputados podem apresentar quadros de ansiedade, depressão e desesperança. Sabino, Torquato e Pardini (2013).

Segundo Sabino et al. (2013) sintomas depressivos são frequentes em pessoas com amputação. Elas apresentam tristeza, pesar, isolamento social, perda de apetite, distúrbios do sono, entre outros.

Na amputação, o indivíduo vive a perda de uma parte do corpo como um aniquilamento, não reconhece esse corpo como seu, porque não consegue apropriar-se dele. É considerada uma perda concreta diante da qual o indivíduo não encontra possibilidade de reparação, considerando este quadro como uma depressão patológica (Sabino et al., 2013).

Depressão Reativa

A depressão reativa é caracterizada por ser um transtorno de adaptação desencadeado por uma situação traumática ou estressante — como o falecimento de alguém querido, o término de um relacionamento ou uma demissão. Diferente da depressão clínica, em que o indivíduo sente uma tristeza profunda sem motivo aparente, a depressão reativa é uma reação emocional a algum evento específico e é ocasionada pelo estresse associado a ele (Gomes, 2017).

Reações Normais de Depressão: luto e pesar

Uma reação normal de tristeza ocorre quando um acontecimento da vida tira a pessoa de seu estado habitual de humor, mas ela retorna espontaneamente a ele após cessado o seu período de tristeza.

Vários podem ser os fatores que deixam alguém com pesar: sentimento de tristeza, desânimo, sensação de falta de prazer com tarefas que antes davam satisfação, choro mais fácil, dificuldade de concentração para trabalhar ou estudar. Porém são sentimentos que têm uma pequena duração no tempo, por dias ou semanas, no máximo, que geralmente não perduram o dia inteiro, não impedindo a pessoa de se cuidar, de fazer suas obrigações profissionais e sociais.

Da mesma forma pode ocorrer com o sentimento de perda, a sensação de vazio passageira, bem limitada no tempo, pela morte de um familiar próximo ou amigo. Ou ainda pela perda de um emprego, pelo fim de um casamento. Esse sentimento de perda caracteriza a tristeza do luto. Galvão e Abuchaim, (2012).

Reações de Ajustamento Depressivo

São reações um pouco mais graves que as vistas nas reações depressivas normais da vida, mas não tão intensas quanto acontece na depressão propriamente dita.

Ocorre geralmente um estado de angústia com humor deprimido, ansiedade, preocupação e um sentimento de incapacidade de adaptação que surgem após um acontecimento de vida estressante, como separações, mortes na família, acidentes, doenças físicas graves, entre outros sentimentos. O início dos sintomas é usualmente dentro de um mês da ocorrência do evento estressante, frequentemente não excedendo 6 meses de duração. Em geral são eventos normais (mesmo que indesejáveis) da vida, que causam estresse e angústia, ou mudanças de vida, mas que resultam em uma reação na pessoa que é um pouco mais severa do que o esperado, sendo mais intensa e persistindo por mais tempo. Galvão e Abuchaim, (2012).

Identificação do paciente

Nome: F. F. R

Idade: 57 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: 3º ano

Profissão: Doméstica

Estado Civil: Viúva

Residência: Espia

Motivo da Consulta:

Depois de ter ido de alta hospitalar devido a uma amputação, a paciente voltou a ser internada porque a ferida não cicatrizou completamente, com isso a paciente apresentou-se

emocionalmente instável com sintomas como (dificuldades para dormir, tristeza, falta de apetite)

História de vida

F. F. R de 57 anos de idade, é a 3ª filha numa fratria de 7, viveu com os pais até os seus 11 anos, indo depois viver com a sua tia, onde viveu até aos 16 anos. Depois dos 16 anos F.F.R teve o seu namorado, com este ela morou junto, casaram-se e formaram uma família. Tiveram 4 filhos, na sua primeira gravidez ela perdeu o bebé aos 6 meses de gestação. O seu marido faleceu três anos atrás.

F.F.R diz ter vivido uma boa infância, apesar de aos seus oito anos de idade haver um momento difícil na família devido ao alcoolismo da mãe durante um ano e meio.

Antecedentes de doença

A paciente sofre de hipertensão arterial, há cerca de dois anos, foi diagnosticada de diabetes. teve três internamentos consecutivos em que dois destes ela foi amputada dois dedos e sequentemente todo o pé. O terceiro internamento está associado ao facto da ferida da amputação do pé não ter cicatrizado. Salienta que ao longo dos internamentos anteriores teve apoio psicológico.

Técnicas utilizados no caso

Durante o processo de avaliação, foram a observação e a entrevista.

Descrição das Entrevistas

1ª Entrevista (6/12/2017)

Primeiramente fiz a minha apresentação, alegando a paciente que estaria ali para lhe ajudar. A paciente fez a sua apresentação, mostrou-se colaborante durante a sessão, estava com boa aparência, com cuidados higiénicos, embora apresentou-se com olhar triste.

Questionada sobre o que tinha ocorrido, ela alega que é diabética e estava ali porque tinha passado por uma amputação e estava à espera da ferida cicatrizar. Ela teve três internamentos consecutivos em que duas delas foi amputada primeiramente dois dedos e depois todo o pé, e o último era devido ao fato da ferida da amputação não ter cicatrizado.

Questionada como reagiu às amputações e toda a situação em volta delas, a paciente alega que no início foi muito difícil para ela, pois não conseguia dormir, ficava pensando em muitas coisas erradas, sempre chorava, não tinha apetite, sentia-se muito em baixo e não estava a saber lidar com a perda duma parte do seu corpo, mas no momento estava lidando muito melhor com a situação devido ao acompanhamento psicológico que ela teve desde a primeira amputação e também, porque os seus filhos, familiares e amigos a tem ajudado bastante na sua recuperação.

Questionada sobre quantos filhos tem, ela diz ter quatro filhos, três rapazes e uma rapariga, também teve um filho que faleceu aos seis meses de gestação. A paciente é viúva e os seus pais são todos falecidos, segundo ela, já não tem muitos familiares.

De seguida lhe disse que já estávamos chegando ao fim da nossa sessão, perguntei-lhe se havia mais alguma preocupação, não havendo mais preocupações, terminamos a sessão, desejei a paciente um bom dia e melhoras dizendo-lhe que voltaríamos a conversar na próxima sessão.

2ª Entrevista 8/12/2017

A paciente estava aparentemente frágil, com olhar triste, apresentou-se com cuidados higiénicos, foi colaborante.

Questionada como se sentia, a paciente diz estar com dores no local onde foi operada e que também não conseguiu dormir, pois, a cabeça estava cheia, questionei a paciente sobre o que queria dizer com a expressão “cabeça cheia” e ela alega que ficava pensando em muitas coisas erradas e assim não conseguia dormir. Questionei-lhe sobre esses pensamentos, responde que fica pensando que “já não vai poder andar mais, e se não conseguir adaptar às canadianas, se a ferida vai cicatrizar ou não.”

Seguidamente foi questionada se havia alguém na sua família que teve a doença e ela alega que não, que a única doença que herdou dos pais foi a hipertensão arterial.

Depois recolhi alguns dados da história de vida da paciente. Terminado a recolha desses dados, questionei-lhe se havia mais algo que gostaria de expor, ela disse que não que sentia mais aliviada e tranquila, então despedimo-nos e desejei-lhe melhoras e bom dia e que voltaríamos a conversar na próxima sessão.

3ª Entrevista (11/12/2017)

Questionada como tinha passado os dias, ela diz estar sentindo melhor apesar de não conseguir dormir a última noite, questionado o motivo da falta de sono, alega ter sido um paciente que passou a noite toda a gritar. Perguntei-lhe se era só por causa do barulho ou se também ainda estava com as preocupações e os maus pensamentos e ela diz ser só por causa do barulho.

Seguidamente ela alega estar contente porque a sua filha que vive em Santo Antão esteve logo cedo com ela. Questionada se os outros filhos lhe visitam sempre ela diz que sim. Relativamente ao seu relacionamento com estes, a paciente responde dar muito bem com eles, e que sempre cuidou deles com muito carinho e amor, deixando muitas vezes de fazer coisas com o seu marido ou divertir-se para ficar com eles.

Questionada sobre o seu relacionamento com o marido, ela alega que foram muitos anos de alegria, nunca tiveram problemas. Este foi o único homem com quem ela envolveu-se.

Depois a paciente foi questionada sobre a sua reação perante a morte do marido, e ela diz ser um golpe muito duro que a deixou muito em baixo, e sentia se uma imensa saudade. Alega que o marido sofreu um acidente vascular cerebral que acabou causando a sua morte.

Disse-lhe que já estávamos chegando ao fim da sessão e que continuaríamos na próxima sessão, desejei a paciente continuação de bom dia e melhoras.

Compreensão do Caso

Tendo em conta as informações recolhidas durante as entrevistas, pode-se constatar que a paciente esteja vivenciando uma reação depressivo, uma vez que ela veio vivenciando ao longo da vida um conjunto de perdas e passando por vários períodos de luto, (aborto espontâneo na sua primeira gravidez, morte do marido, as duas amputações). Tudo isto gera fragilidade emocional e sofrimento psíquico.

O que destaca no percurso de vida da paciente é a vivencia de perdas. Ela teve uma perda gestacional na sua primeira gravidez, depois perdeu os pais e por último, seu marido, pessoas significativas na sua vida. Segundo (Coimbra de Matos, 2001., citado em Martins, 2018), existe uma depressão dita “reativa” que é a depressão normal ou fenómeno do luto: corresponde à perda de alguém significativo. Neste caso fala-se de depressibilidade: qualidade de se poder deprimir, de ser capaz de fazer um trabalho de luto, o que é um sinal de boa saúde mental.

Ultimamente ela passou-se por duas amputações, tendo vivenciado perda de partes do seu corpo. De acordo com Sabino et al. (2013), na amputação, o indivíduo vive a perda de uma parte do corpo como um aniquilamento, não reconhece esse corpo como seu, porque não consegue apropriar-se dele. É considerada uma perda concreta diante da qual o indivíduo não encontra possibilidade de reparação, considerando este quadro como uma depressão patológica.

Feita a análise dos dados acima referidos, pode-se concluir que a paciente apresenta como **Hipótese Diagnóstica** uma **Reação Depressivo**.

Proposta de intervenção

Propõe-se utilizar neste caso a psicoterapia de apoio breve com utilização de algumas técnicas da psicoterapia cognitivo-comportamental como:

- **Psicoeducação:** fornecer a paciente informações sobre o seu problema
- Ajudar a paciente a compreender os momentos de luto, e a vivenciá-los, através de **identificação e avaliação dos pensamentos disfuncionais** e das emoções resultantes desse estado, prevenindo que o luto torne patológico.
- Ajudar a paciente a adaptar-se á sua nova condição, e a adotar novos estilos de vida, através do **aconselhamento e sugestão**.

CONCLUSÃO

Chegando ao fim desta etapa, e analisando todo o processo vivenciado durante este tempo, posso concluir que o estágio foi sem dúvida, uma das mais enriquecedoras fontes de conhecimento e experiência para a minha formação, ajudou-me a conhecer melhor o trabalho do psicólogo.

Tive a oportunidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso, e também de ir em busca de novos conhecimentos, uma vez que estes eram insuficientes perante os casos deparados durante o estágio. Mas isto só enriqueceu ainda mais a minha bagagem e ampliou os meus horizontes.

Fazer o estágio no (H B S) me permitiu estar em diversas enfermarias e trabalhar com pacientes de faixa etária diferente e também de diferentes patologias, o que me proporcionou um conhecimento mais abrangente. Perante cada enfermaria, estive com uma Psicóloga diferente, o que acabou por ser mais proveitoso para mim, visto que aproveitei da experiência de cada uma delas.

Estar em contato com pessoas fragilizadas, angustiadas e com algum sofrimento, nos faz sentir mais humano e também nos ajuda a desenvolver mais a nossa capacidade empática, colocar no seu lugar para melhor compreender o seu sofrimento e encontrar a melhor forma de a ajudar.

É de destacar também a frustração do estagiário perante os casos, muitas vezes cria-se demasiada expectativa perante os casos e depois há o rompimento do processo, e isso é frequente nas enfermarias, uma vez que, os pacientes vão de alta, outros não aparecem nas consultas de seguimento pós-alta. A privacidade do paciente é outro ponto negativo, uma vez que nas enfermarias o atendimento é feito no leito da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ªed, Lisboa, Climepsi Editores.

Bennett, P. (2002), *Introdução Clínica á Psicologia da Saúde*, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores.

Bergeret, J. (1983), *Psicologia Patológica*, 3ª Edição, trad. Washigton Loyello, São Paulo, Editora Masson do Brasil.

trad. Caetano, D. (1993), *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10*, Porto Alegre, Organização Mundial de Saúde.

Leal, I. (2010), *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*, 2ª ed, Lisboa, Placebo Editores.

Paúl, C e Fonseca, A. (2001), *Psicologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi editores.

Webgrafia

Barbosa, A. (2013). Psicologia Hospitalar. *Mundo Psicólogos*. (consultado no dia 26/05/2019) em <https://br.mundo-psicologos.com>

Emmanuel, M. (2013). O Percurso do Stress: Suas Etapas, *IPCS – Instituto de Psicologia e Controle do Stress*. (consultado no dia 3/06/2019) em www.estresse.com.br/publicações/o-percurso-do-stress-suas-etapas.

Ferreira, V. R. T. e Mousquer D. N. (2004). Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia*, UnC, vol.2, n.1, p.54-61. (consultado no dia 17/06/2019) em https://www.researchgate.net/profile/Vinicius_Ferreira3/publication/242169894_Observacao_em_Psicologia_Clinica/links/004635388dcf667eb60000000/Observacao-em-Psicologia-Clinica.pdf.

Galvão, A. L. e Abuchaim, C. M. (2012). Reações Depressivas Normais e de Ajustamento. *Abc da Saúde*. (consultado no dia 3/07/2019) em <http://www.abcdasaude.com.br>

Gomes, G. C. (2012). Vivências da Família no Hospital Durante a Internação da Criança. *Revista. Gaúcha de Enfermagem*, vol.33, n.4. (consultado em 28/06/2019) em www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci

Gomes, M. (2017). Conheça os Sintomas de uma Depressão Reativa e Como Evitá-las. *Sibe*. (consultado no dia 3/07/2019) em www.sibe.com.br/.../conheca-os-sintomas-de-uma-depressao-reativa-e-como-evita-la

Martins, P. (2018). Depressão, Depressividade e depressibilidade. *Clínica Psicólogo*, (consultado em 21/06/2019) em www.clinica-psicologo.com/depressao-depressividade-depressibilidade.

Sabino, S. D. M., Torquato, R. M., e Pardini, A. C. G. (2013). Ansiedade, Depressão e Desesperança em Pacientes Amputados de Membros Inferiores. *Actafisiátrica*, vol.20, n.4. (consultado em 20/06/2019) em www.actafisiátrica.org.br/detalhe-artigo.osp?id=525

Schwanz, D. (2011). A Influência dos Aspectos Psicológicos do Amputado no Tratamento. *Ebah*. (consultado em 19/06/2019) em <http://www.ebah.com.br/.../a-influencia-dos-aspetos-psicologicos-amputado-no-tratamento>

ANEXO

Anexo 1: Caso da Enfermaria de Medicina

Anexo 2: AUDIT

Anexo 3: Caso da Enfermaria de Pediatria

Anexo 4: Caso da Enfermaria de Cirurgia

Anexo 5: Plano de Intervenção do Primeiro Caso

Caso da Enfermaria de Medicina

Fundamentação teórica

Identificação do paciente

Nome: R D C

Idade: 30 anos

Sexo: Masculino

Escolaridade: 7º ano

Moradia: Salamansa

Profissão: Desempregado

Estado civil: Solteiro

Motivo da consulta: Paciente foi internado devido ao consumo excessivo de álcool. Segundo ele o consumo do álcool estava-lhe causando problemas, e esse foi o motivo do seu internamento. Relatou que, no dia anterior ao internamento ele consumiu álcool em excesso e ficou todo aquele tempo sem comer e não dormiu, com isso sentiu-se mal e trouxeram-no para o hospital.

Teve alucinações auditivas e visuais nos primeiros dias de internamento.

História de Vida

R D C de 30 anos de idade, desempregado, solteiro, vive atualmente em Salamansa com a tia.

É o terceiro filho da sua mãe numa fratria de cinco e o segundo filho do pai. Enquanto criança o paciente viveu com a mãe e os irmãos em Salamansa. Aos seus 12 anos de idade ele mudou juntamente com a família para a cidade á procura de melhores condições de vida. Três anos depois acabou por regressar para casa da sua tia em Salamansa, pois, nesse período já tinha abandonado os estudos e estava tendo um mau relacionamento com a mãe e os irmãos.

R D tem um relacionamento distante com os pais. De tempo em tempo é que ele vem para cidade visitar a mãe, relativamente ao pai, este sempre foi ausente porque é emigrante e só

se encontravam quando ele estava de férias e era com pouca frequência, o seu relacionamento com os irmãos não é bom. Segundo ele os irmãos lhe chamam de “drogado.”

O paciente estudou até oitavo ano, tendo reprovado por faltas, pois faltava as aulas, para ir consumir álcool, tabaco e cannabis.

Iniciou o consumo aos 14 anos de idade por iniciativa própria.

Antecedentes Familiares da doença: O seu avô e um primo também consomem o álcool. R D já teve outros internamentos por causa do consumo do álcool, mas nunca procurou ajuda para o tratamento da doença.

Entrevistas

1ªEntrevista 17/05/2017

R D entra na sala com vestes adequadas, com cuidados higiênicos, estava um pouco inseguro, foi colaborante durante a sessão. Depois de nos apresentarmos, perguntei a paciente como tinha passado a semana, ele disse que foi mais ou menos, porque o consumo do álcool estava-lhe causando problemas, e esse foi o motivo do seu internamento. Segundo o seu relato, no dia anterior ao internamento ele consumiu álcool em excesso e ficou todo o dia sem comer e não dormiu, com isso sentiu-se mal e trouxeram-no para o hospital.

Seguidamente lhe disse que iria aplicar-lhe um teste (AUDIT) que permitia avaliar o nível de consumo do álcool num indivíduo (em anexo). Terminado a aplicação questionei o paciente sobre o início de consumo do álcool, ele diz ter iniciado o consumo do álcool aos 14 anos de idade por iniciativa própria, pois sempre que ia para festas encontrava muitas bebidas e consumia. Também consome tabaco e cannabis, embora seja com menos frequência.

R D já teve outros internamentos devido ao consumo do álcool. Questionado se tem alucinações, ele diz que sim, teve alucinações auditivas e visuais nos primeiros dias de internamento.

Na sua família, o avô e um primo consomem o álcool, mas estes nunca foram internados.

Posteriormente o paciente falou do seu relacionamento familiar. Atualmente vive com a tia em Salamansa, alega ter um bom relacionamento com ela, pois, a considera como uma mãe. Alega que a sua mãe tinha casa em Salamansa, mas depois mudou para a cidade a procura

de melhores condições de vida e ele veio junto com ela, mas três anos depois acabou voltando para Salamansa. Questionado sobre o relacionamento dos dois, ele disse que tem um relacionamento mais ou menos porque a mãe tem alguns problemas, e de tempo em tempo é que ele vem para a cidade visitar a sua mãe. Relativamente ao pai o relacionamento é distante pois este emigrou-se ainda R.D era muito pequeno, encontravam só quando ele estava de férias. O paciente não tem um bom relacionamento com os irmãos, segundo ele, os irmãos lhe chamam de “drogado” e se darem-lhe algum dinheiro dizem logo que é para ele “ir beber” e “drogar-se”. Questionado como se sente com essas palavras, ele diz que sente revoltado. Perguntei-lhe se sentia revoltado consigo mesmo ou com os irmãos, ele responde que sente revoltado com ele próprio, porque é verdade o que dizem, e que tem consciência dos seus problemas, com isso questionei-o se já pensou em deixar o consumo do álcool, ele alega que já pensou muitas vezes, mas nunca parou de consumir.

Já estava no fim da sessão, quando ele me perguntou se podíamos terminar porque tinha outro assunto para resolver antes de ir para sua zona, lhe disse que já estávamos no fim, marcamos o dia da próxima entrevista, desejei-lhe continuação de um bom dia

AUDIT aplicado a paciente R. D. Caso da Enfermaria de Medicina

AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo: "Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses". Explique o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas a quantidade em termos de "doses-padrão". Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;">4</p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">4</p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <p style="text-align: right;">4</p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">2</p>
<p>3. Com que frequência você toma "cinco ou mais doses" de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">3</p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">2</p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">3</p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">4</p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">4</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">4</p>
<p>Anote aqui o resultado: $\frac{4}{Q1} + \frac{4}{Q2} + \frac{3}{Q3} + \frac{3}{Q4} + \frac{4}{Q5} + \frac{4}{Q6} + \frac{2}{Q7} + \frac{2}{Q8} + \frac{4}{Q9} + \frac{4}{Q10} = 34$</p>	

Equivalências de Dose Padrão

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata = 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES"

VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 "DOSES" ou 1 garrafa = 8 "DOSES"

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: "melo copo americano" (60ml) = 1,5 "DOSES" ou 1 garrafa = mais de 20 "DOSES"

UÍSQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 "dose de dosador" (40ml) - 1 "DOSE"

Caso da Enfermaria de Pediatria

Identificação da Paciente:

Nome: E S C

Idade: 39

Sexo: Feminino

Moradia: Belavista

Escolaridade: 4º ano

Profissão: Doméstica

Estado Civil: solteira

Motivo da Consulta: A senhora estava preocupada com a filha de 3 anos que foi internada devido a dores de barriga e com corrimento vaginal, apresentava indícios de violação.

Demanda: Foi a pediatra da enfermaria que nos indicou esse caso.

História de Vida

E C de 39 anos de idade, doméstica, estudou até o 4º ano. Viveu com a mãe, o padrasto e os seus sete irmãos. O seu pai faleceu há 2 anos,

A paciente é mãe de 4 filhos sendo 3 meninas e um rapaz, a mais velha uma menina de 22 anos de idade, seguido de um rapaz de 15 anos, uma menina de 7 anos de idade e a criança de 3 anos de idade, cada um tem o seu pai e duas delas vivem com os pais.

No momento a paciente encontra com a sua filha de 3 anos de idade no serviço de pediatria e segundo os exames médicos a criança foi vítima de violação sexual.

E.C já esteve internada por causa duma tentativa de suicídio com ingestão de vários medicamentos.

Entrevistas

1ª Entrevista (17/10/2017)

Primeiramente fizemos as apresentações, depois questionamos a paciente como se sentia e ela responde que estava preocupada com a filha de 3 anos que estava internada com dores

de barriga. Questionada se já tinha alguma informação dos médicos sobre o caso, ela diz que sim, os médicos lhe disseram que os exames indicavam indícios de violação sexual. Segundo ela quando sai para trabalhar deixa a filha com a avó.

A paciente alega ter muitas preocupações, pois, a sua filha mais velha não a cumprimenta quando esta com as amigas, parece ter vergonha dela, o rapaz de 15 anos que mora com ela, não a respeita, discute com ela, já reprovou 3 vezes no 7º ano, a criança de 3 anos de idade que vive com ela, tinha uma irmã gêmea que faleceu dez dias após o parto, pois toda essa situação com os filhos a deixava pensando em muitas coisas erradas, questionada sobre esses pensamentos, ela não quis entrar em detalhes, dissemos-lhe que ali era um espaço onde podia deitar fora tudo o que a afligia e assim compreenderíamos melhor as suas angústias.

Terminamos a sessão dizendo-lhe que voltaríamos a falar com ela no dia seguinte, despedimos desejando lhe bom dia e melhoras para sua filha.

2ª Entrevista (21/10/2017)

Depois de nos cumprimentarmos perguntei a paciente como se sentia e como estava a sua filha, ela responde que estava sentindo melhor e que a filha estava bem. Depois recolhi alguns dados da História de vida da paciente.

Seguidamente questioneei-lhe sobre as ideias erradas que ela tinha falado na primeira entrevista, ela disse que às vezes sente vontade de sumir do mundo, pois estando morta não teria mais preocupações. A paciente já tentou suicidar-se ingerindo vários medicamentos, mas foi socorrida e ficou internada. segundo ela é como se às vezes a vida não tem sentido.

Questionada como estava seu apetite e o sono, E C responde que não estava com vontade para comer, e há algum tempo que ela não consegue dormir devido as preocupações, principalmente por causa do seu filho adolescente que lhe causa muitos problemas. Segundo a paciente, parece que os filhos não gostam dela, pois sua filha mais velha tem vergonha dela porque quando está com as suas amigas não a cumprimenta e também não quis que a mãe a acompanhasse na sua finalista do 12º ano.

Não havendo mais preocupações, terminamos a sessão, desejei a paciente continuação de um bom dia e que voltaríamos a falar no dia seguinte.

Caso da Enfermaria de Cirurgia

Identificação da Paciente

Nome: C F D

Idade: 26 anos

Sexo: Feminino

Moradia: Paúl

Escolaridade: 7º ano

Profissão: trabalha numa fábrica de conserva

Estado Civil: Solteira

Motivo da consulta: A paciente foi vítima de violência física e estava pensando em vingar-se do agressor.

Demanda: Foi a enfermeira chefe do serviço de cirurgia quem solicitou o atendimento a paciente.

História de Vida:

C F D, de 26 anos de idade, solteira, natural de Paul, atualmente vive em São Vicente, trabalha numa fábrica de conserva, estudou até 7º ano. A sua mãe é viúva, pois o marido faleceu quando a paciente tinha 12 anos de idade, são dez irmãos, sendo C D e a sua irmã gémea as últimas da fratria. Ela é mãe de dois filhos um rapaz de oito anos e uma filha de 10 meses de vida. Mudou para São Vicente á procura de melhores condições de vida, actualmente trabalha numa fábrica de conserva. A paciente tem um namorado, segundo ela o relacionamento dos dois não é bom porque ela sofre de (VBG) e também o namorado tem um relacionamento com outra mulher. A paciente já teve outros relacionamentos em que ela foi vítima de (VBG).

Entrevistas

1ªEntrevista (29/09/2017)

Primeiramente fizemos as apresentações depois a paciente apresentou-se também dizendo que estava mesmo precisando falar com um psicólogo, dessemos-lhe que estávamos ali para a escutar. Questionada sobre o que tinha acontecido, ela começa por falar da agressão que foi vítima, onde uma adolescente a bateu com uma pedra, isto tudo porque a adolescente tem um caso com o seu namorado. Segundo ela não era a primeira vez que a menina a agredia.

Ela estava pensando em vingar-se da rapariga, alega que no momento o que lhe estava passando pela cabeça era só ideia de vingança, nesse momento aconselhamos a paciente a deixar os policiais tratarem do caso.

Questionada se havia mais alguma preocupação, a paciente disse que não, então terminamos a entrevista dizendo-lhe que voltaríamos a conversar, e desejando-a melhoras e bom dia.

2ªEntrevista (4/10/2017)

Questionada como se sentia, ela diz não estar lidando bem com a situação porque a adolescente que a agrediu estava grávida do seu namorado. Diz ter vontade de regressar para Paul e assim ficar longe de toda essa situação. Questionada o porque de não ir para sua ilha e procurar um trabalho ali, ficar junto da família, a paciente responde que em Santo Antão não tem trabalho, e não poderia ajudar a sua mãe que tem algumas dificuldades.

Questionando-a se ainda tinha a ideia de vingança, ela responde que às vezes sim, mas acaba por desistir, pois fica pensando nos seus filhos, segundo ela essa ideia de vingança lhe sobe pela cabeça é quando ela vê o seu namorado junto com a rapariga, perguntamos-lhe se queria vingar-se dos dois, a paciente responde que não, ela quer vingar-se da rapariga, pois não tem coragem de fazer mal para o seu namorado porque o ama.

Depois ela falou dos seus relacionamentos amorosos, em Santo Antão ela ficou grávida na sua primeira relação com um homem, e este não quis assumir o filho. Em São Vicente houve um relacionamento onde o namorado a agrediu com uma faca, e o namorado atual a agride com socos e pontapés. Questionada se não tomava nenhuma providencia para com os agressores, ela diz que apresentava queixa na polícia, mas depois acabava por retirar as queixas.

Seguidamente foi explorado o seu relacionamento familiar, ela disse que tem uma boa relação com a mãe, mas sente muita falta do seu pai que faleceu quando ela tinha 12 anos de idade, pois com este é que partilhava todos os segredos, problemas e era ele que a

aconselhava sempre, era a pessoa em quem ela confiava. Relativamente aos irmãos, a paciente relaciona-se melhor com a sua irmã gémea, tendo um relacionamento distante com os outros.

Por último questionamos a paciente sobre o consumo de substâncias e ela diz ter consumido o cannabis algumas vezes por influência, pois o seu namorado é que a incentivava a fumar, mas consome o álcool para esquecer dos problemas.

Plano de Intervenção do Primeiro Caso

Objetivo Geral: Reduzir os sintomas vivenciados pela paciente

Sessões	Objetivo	Técnicas cognitivo-comportamentais	Resultado esperado
1ª Sessão	- Informar a paciente sobre o seu problema - Ajudar a paciente a compreender as emoções e os pensamentos que está vivenciando	- Psicoeducação - Estabilização dos sintomas	- Paciente com uma ideia mais clara da situação problemática e mais aliviado
2ª Sessão	- Levar o sujeito a mudar os pensamentos negativos	- Registro dos pensamentos disfuncionais	Paciente com pensamentos mais adaptativos
3ª Sessão	- Ajudar a paciente a ter maior autocontrole em situações críticas	Relaxamento muscular Controle da respiração	Paciente capaz de relaxar
4ª Sessão	Sugerir a paciente novas estratégias de enfrentamento perante a situação	Enfrentamento ao stress Sugestão	Sujeito com melhores estratégias de coping relativamente ao problema

APÊNDICES

Apêndice 1 – Casuística da enfermaria de medicina

Apêndice 2 – Casuística da enfermaria de pediatria

Apêndice 3 – Casuística da enfermaria de cirurgia

Apêndice 4 – Atividades realizadas fora da instituição de estágio

Casuística da Enfermaria de Medicina

Nome	Idade	Diagnóstico	Procedimento Psicológico
A.F#	48	Insuficiência Respiratória	Avaliação Psicológica
A.R#	57	Hepatopatia Alcoólica	Avaliação Psicológica
H.V#	29	Hepatopatia Alcoólica	Avaliação e Intervenção Psicológica
J.B#	45	Hipertensão Arterial	Orientação Psicológica
L.S#	66	Hepatopatia Alcoólica	Apoio Psicológico
M.S#	22	Lupus	Avaliação e Intervenção Psicológica
R.A##	29	Hepatopatia Alcoólica	Avaliação Psicológica

#Participação indireta

##Participação direta

Casuística da Enfermaria de Cirurgia

Nome	Idade	Motivo de internamento	Procedimento Psicológico
A#	53	Tumor	Apoio Psicológico
C.D##	26	Agressão física	Avaliação Psicológica
F.F##	57	Amputação	Avaliação Psicológica
J##	71	Amputação	Apoio Psicológico
J.F#	58	Má circulação	Apoio Psicológico
J##	28	Acidente de viação devido ao consumo de álcool	Aconselhamento Psicológico
W.C#	22	Agressão física	Aconselhamento Psicológico
L#	35	Hepatopatia Alcoólica	Avaliação Psicológica

participação indireta

participação direta

Casística da Enfermaria de Pediatria

Nome	Idade	Motivo de internamento da criança	Procedimento Psicológico
A##	8	Diabetes	ludoterapia
D#	21	Queimadura	Aconselhamento Psicológico
E##	39	Dores de barriga e corrimento	Avaliação Psicológica
L.C##	5	Dificuldades para dormir	Ludoterapia
L.P##	28	tumor	Avaliação Psicológica
M##	7	Síndrome de Down	Ludoterapia
M##	19	Diabetes	Orientação Psicológica
O##	43	Insuficiência Respiratória	Avaliação Psicológica
O#	45	Falecimento do filho	Apoio Psicológico

Participação direta

Participação indireta

Atividades Realizadas Fora da Instituição de Estágio

No âmbito do dia mundial da saúde comemorada a 7 de abril, houve participação numa atividade realizada pela delegacia de saúde de São Vicente, denominada de Festival de Saúde sobre o lema:” Depressão Vamos Conversar”.

Em comemoração ao dia mundial da luta contra as drogas, foi feita uma palestra na cadeia civil de São Vicente, onde eu e duas colegas falamos das drogas, e também ouvimos os reclusos contarem as suas experiências em relação as drogas e por fim houve uma discussão sobre o tema. Foi uma experiência bastante boa e gratificante. Ainda sobre essa temática fizemos palestra em duas escolas primárias, onde os alunos participaram muito e foi muito bom.

Às terças feiras fazia atendimentos aos pacientes toxicodependentes no CAPS. Participei numa conversa aberta com os moradores de Ribeira Bote no CAPS realizada pela Associação Coalizão, a Delegacia de Saúde e o CAPS.